

A tutte le aziende

- loro sede -

Roma 16.07.2024

Oggetto: chiusura estiva

Comunichiamo che i nostri uffici rimarranno chiusi per ferie estive **dal 12.08.2024 al 31.08.2024 compresi**.

Per permetterci l'elaborazione, per tempo, dei cedolini paga e dei contributi del mese di luglio, Vi preghiamo di volerci inviare le presenze entro e non oltre il 26/07/2024 (eventuali variazioni relative ai giorni 27/07 – 28/07 – 29/07 - 30/07 e 31/07 dovranno essere comunicate allo studio entro e non oltre il 01/08/2024).

Ove durante detto periodo di chiusura, si dovesse verificare un infortunio sul lavoro, vogliate compilare il modulo che alleghiamo alla presente ed inviarlo alla Vs. sede INAIL di competenza, a mezzo raccomandata a.r. o via p.e.c. (indirizzi reperibili sul sito <https://www.inail.it/cs/internet/istituto/struttura-organizzativa/uffici-territoriali.html>), entro 48 ore dalla data di ricezione del certificato medico; inviandocene, successivamente, una copia; onde poter effettuare le dovute integrazioni agli enti preposti.

Cordiali saluti.

A. Miggiano

(INTESTAZIONE DITTA)

(Luogo e data)

Spett.le

I.N.A.I.L. Sede di _____

Oggetto: Denuncia cautelativa di infortunio sul lavoro

La presente per comunicare cautelativamente a codesto Spett.le Istituto che, in data _____
si è verificato un infortunio sul lavoro, come da seguenti indicazioni:

Datore di Lavoro

Denominazione _____
Codice fiscale _____
Indirizzo Sede Legale _____

Dipendente

Cognome _____
Nome _____
Luogo di nascita _____
Data di nascita _____
Codice fiscale _____
Residenza _____

Dati Infortunio

Avvenuto il _____
Luogo (indirizzo completo) _____
Data Rilascio Certificato Medico _____
Numero Certificato Medico _____
Periodo di prognosi dal _____ al _____
Data Ricezione Certificato Medico _____

Si precisa che farà seguito denuncia on line.

Con osservanza.

(Timbro e firma della ditta)